



Ministério da Saúde

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

RESUMO EXECUTIVO DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2015

24 DE SETEMBRO DE 2015

Em 24 de Setembro de 2015, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Arthur Chioro, Ana Paula Menezes, Jorge Harada, Lumena Almeida Castro Furtado, Adriano Massuda, Heider Aurelio Pinto e Antônio Carlos F. Nardi.

Conass: João Gabbardo dos Reis, Jurando Frutuoso, José Ricardo Lagreca, Ricardo de Oliveira, Marco Aurélio Bertúlio, José Iran Costa Junior e Fausto Pereira dos Santos.

Conasems: Mauro Guimarães Junqueira, José Enio Duarte, Afonso Emerick Dutra, Iolete Soares de Arruda, Marcelo Bósio e Amilton Fernandes Prado.

Cerimônia de Assinatura: divulgação e assinatura da Nota Informativa sobre encerramento do surto de sarampo no estado do Ceará – MS.

A 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite teve início com a divulgação e assinatura de uma Nota Informativa referente ao encerramento da transmissão do Sarampo no Estado do Ceará.

MS: A Coordenadora-Geral do Programa Nacional de Imunizações, da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, Carla Domingues, saudou a todos os presentes e informou a situação atual da circulação do vírus do Sarampo no Estado do Ceará. No Brasil, entre os anos de 2013 e 2014, foram confirmados 947 casos de Sarampo distribuídos em nove Estados, sendo considerado surto epidemiológico no Ceará (694 casos) e em Pernambuco (224 casos). No ano de 2015, no Estado do Ceará, até o final do mês de Agosto, foram confirmados 164 casos. Há aproximadamente 80 dias não se registra nenhum caso suspeito ou confirmado no Estado. Foi realizada uma intensa busca ativa em todos os serviços de assistência à saúde, públicos e privados, do Ceará e foi possível identificar que não há mais circulação do vírus. Portanto, fica declarada encerrada a cadeia de transmissão do vírus do Sarampo no Estado do Ceará. Esse resultado foi possível devido à tomada de decisão política e à implementação de estratégias de vacinação conjuntas entre o Ministério da

Saúde, a Organização Pan Americana de Saúde – OPAS, o Governo do Estado do Ceará, além das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O enfrentamento do surto de Sarampo no Estado do Ceará é um exemplo de trabalho conjunto e de união de vários setores comprometidos em busca de um único objetivo e é um registro histórico para o Programa Nacional de Imunização - PNI do País.

Esse registro será apresentado na Assembleia Mundial da Saúde, da Organização Mundial da Saúde – OMS e, juntamente com os demais países das Américas, o Brasil será certificado como país livre do vírus do Sarampo. Este ano, o Brasil também foi certificado, pela Organização Pan Americana de Saúde – OPAS, como livre da Rubéola.

A Nota Informativa foi assinada pelo Ministro de Estado da Saúde, Arthur Chioro; pelo Secretário de Vigilância em Saúde, Antônio Nardi; pelo representante da Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, Luís Codina; pelo Governador do Estado do Ceará, Camilo Santana e pelo Secretário Estadual da Saúde, Henrique Jorge Javi de Sousa.

GOVERNADOR/CEARÁ: Agradeceu a parceria e o comprometimento do Ministério da Saúde, da OPAS, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de todos os profissionais da saúde envolvidos na obtenção destes resultados. Fez referência ao “Pacto por um Ceará Saudável”, decretado este ano no Estado, que é uma ação integrada com o objetivo de aperfeiçoar as políticas e ações e o fortalecimento das instituições relacionadas à saúde. O comitê é formado por representantes de várias entidades como Tribunal de Justiça, Ministério Público Federal e Estadual além de entidades de classe da saúde e da sociedade civil onde são discutidos e pactuados temas prioritários referentes à saúde da população cearense.

Destacou que um dos maiores desafios para o Brasil tem sido a luta por mais recursos para o financiamento da saúde, para a qualificação e melhoria das condições de saúde e para garantir assistência à saúde da população.

MINISTRO: Agradeceu a todos os que estiveram envolvidos na eliminação da circulação do vírus do Sarampo no Estado do Ceará, em especial ao Governo do Estado do Ceará, à Prefeitura Municipal de Fortaleza, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e à Organização Pan Americana de Saúde – OPAS. Fez um breve relato sobre o panorama da circulação do vírus do Sarampo desde o ano de 2013/2014, período em que novos casos foram confirmados em nove Estados brasileiros e destacou que um dos principais motivos para a reincidência de casos de Sarampo no Brasil é a importação do vírus, pois há incidência de casos na Europa, Ásia e África. Há pessoas que optam por não serem imunizadas e, ao deslocarem-se para países onde há baixa cobertura vacinal, podem contrair a doença. Em 2015, devido ao surto do Sarampo identificado no Ceará, as Américas corriam o risco de perder a certificação de

eliminação do vírus do Sarampo. Em consequência dessa situação, com o apoio da OPAS, do Governo do Estado do Ceará, Conass e Conasems, o MS iniciou uma grande mobilização, com intensa coordenação das ações, com intensificação vacinal em todos os municípios, cobertura vacinal da população de risco, divulgação da campanha vacinal e empenho de recursos financeiros para a realização das ações de prevenção e eliminação do surto no Estado. Por fim, afirmou a necessidade da manutenção das ações de articulação e de ações preventivas no intuito de garantir a segurança sanitária e uma saúde de qualidade a toda a população brasileira, além de garantir a certificação da eliminação do vírus do Sarampo no âmbito das Américas. Segue, na íntegra, texto referente à Nota Informativa em discussão:

NOTA INFORMATIVA

Encerramento do Surto de Sarampo no Estado do Ceará.

Reunidos nesta ocasião, os Excelentíssimos Senhores Ademar Arthur Chioro dos Reis, Ministro de Estado da Saúde, Camilo Sobreira de Santana, Governador do Estado do Ceará, acompanhados de Antonio Carlos Figueiredo Nardi, Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e Henrique Jorge Javi de Sousa, Secretário de Estado da Saúde do Ceará, apresentam as informações sobre o surto de sarampo ocorrido no Estado do Ceará, com início em 2013. São descritas as medidas adotadas pelas três esferas da Federação, que atingiram seus objetivos, permitindo o anúncio oficial do encerramento do surto, o que permite ao País afirmar a eliminação da doença em todo o seu território.

1. Descrição do Surto de Sarampo no Ceará, 2013 a 2015.

No Estado do Ceará foram notificados 4.094 casos suspeitos de sarampo entre 25/12/2013 e 12/09/2015. Desses, 22% (916/4094) foram confirmados e 78% (3178/4094) descartados (Figura 1). Os meses com maior número de casos confirmados foram janeiro, julho e agosto de 2014. Ano em que foi registrada a maior incidência no período, 8,6 por 100.000 habitantes.

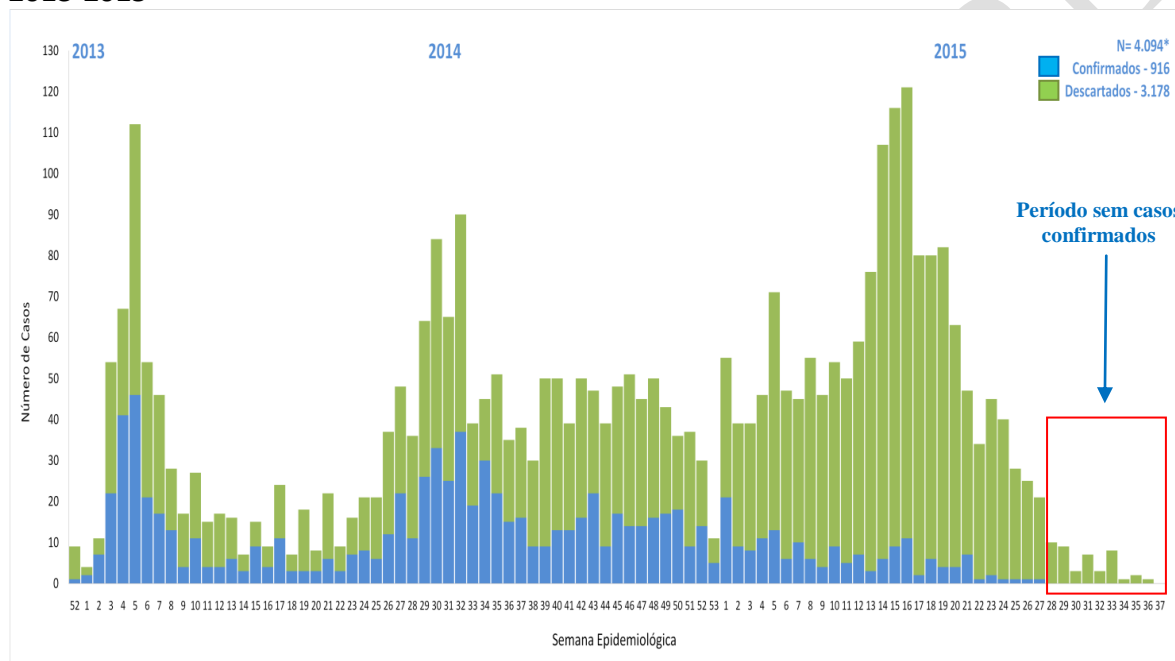
Figura 1. Casos notificados de sarampo e taxa de incidência, segundo classificação final e ano de ocorrência, Ceará, 2013 a 2015*.

Classificação	2013			2014			2015			Total		
	N	%	INC	N	%	INC	N	%	INC	N	%	INC
Confirmados	1	0,5	0,01	747	33	8,6	168	10	1,94	916	22	3,5
Descartados	202	99,5		1529	67		1447	90		3178	78	
Total	203			2276			1615			4094		

Fonte: SESA/COPROM/NUVEP/SINANWEB.* Atualização em: 18/09/2015. Dados sujeitos à revisão.

Como se pode observar na Figura 2, desde o início do surto até a SE 27/2015 (último caso confirmado em 06/07/2015), ocorreu confirmação de casos de sarampo de forma ininterrupta. A partir desta data, nenhum caso mais foi confirmado, tendo se completado 11 semanas sem ocorrência de casos de sarampo.

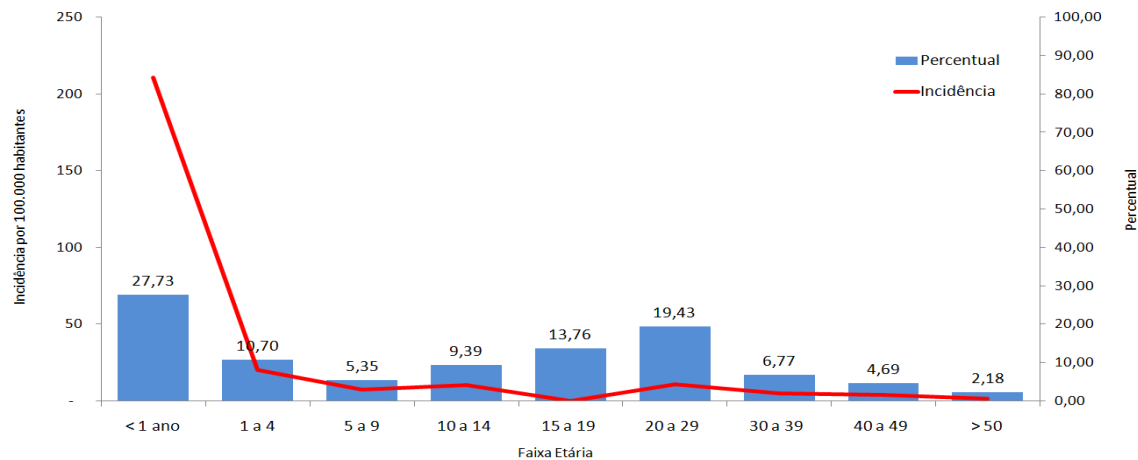
Figura 2. Casos de sarampo confirmados, descartados e em investigação epidemiológica, por semana epidemiológica da data do exantema, Ceará, 2013-2015*



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP/SINANWEB.* Atualização em: 18/09/2015. Dados sujeitos à revisão.

Na figura 3 pode-se observar a distribuição dos casos confirmados por faixa etária. A maior incidência foi entre menores de um ano e, entre os acometidos, as maiores proporções ocorreram nas faixas etárias de menores de um ano e de 20 a 29 anos. Dos 184 municípios do estado, 38 apresentaram pelo menos um caso confirmado de sarampo durante o surto.

Figura 3. Casos confirmados de sarampo, incidência e percentual, por faixa etária, Ceará, 2013 a 2015*.



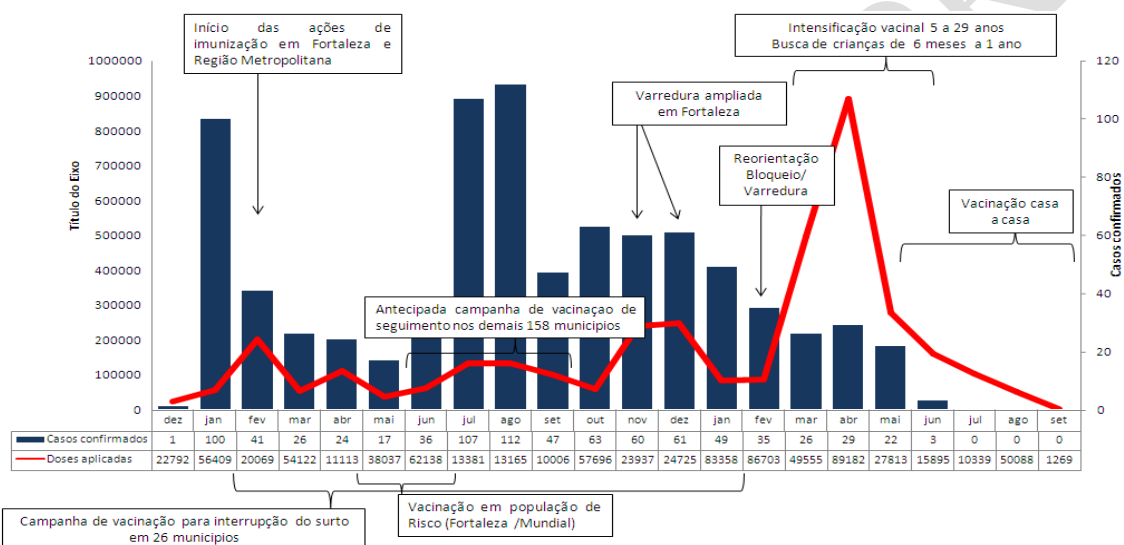
Fonte: SESA/COPROM/NUVEP/SINANWEB.* Atualização em: 18/09/2015. Dados sujeitos à revisão.

2. Estratégias para contenção do surto de sarampo no Estado do Ceará

2.1 Vacinação diante do surto de sarampo

O Estado do Ceará, desde janeiro de 2014, adotou inúmeras estratégias de vacinação na busca de população suscetível, destacando-se a vacinação em Fortaleza e nos municípios da Região Metropolitana em fevereiro de 2014, campanha de seguimento nos 184 municípios do Estado, vacinação de população de risco, reorientação e sistematização das ações de bloqueio e varredura de áreas em busca de não vacinados. No período de maio a outubro de 2014, foi constante o número de doses de vacina aplicadas por mês e, a partir de novembro, o número de casos confirmados por semana epidemiológica passou a cair. Entre março e junho de 2015, realizou-se busca ativa nas unidades de saúde e intensificação vacinal da população de cinco a 29 anos nos municípios de Fortaleza, Caucaia e Itaitinga. O município de Paracuru intensificou a vacinação da população de cinco a 39 anos. Nesses municípios, como resultado das diferentes estratégias de vacinação adotadas durante o surto, foram aplicadas 1.232.368 doses de vacina dupla viral (contra sarampo e rubéola) na população alvo da intensificação. Como resultado, observou-se a diminuição do número de casos confirmados no Estado do Ceará (Figura 4).

Figura 4. Doses aplicadas de Dupla/Tríplice/Tetra Viral e casos confirmados por mês, Ceará, 2015*.

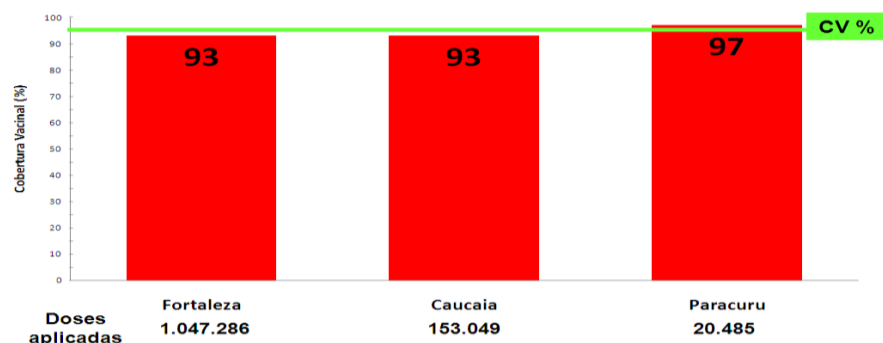


Fonte: pni.datasus.gov.br. Acesso em 17/09/2015

2.2 Intensificação vacinal com a vacina Dupla Viral (sarampo e rubéola) na população de 5 a 29 anos

Os municípios de Caucaia, Fortaleza e Paracuru, durante a intensificação de vacinação contra o sarampo, até o dia 20 de agosto, alcançaram, respectivamente, coberturas vacinais de 93% (153.049), 93% (1.047.286) e 97% (20.485). Nesses municípios, em relação à meta, restaram populações a vacinar de 11.465 pessoas em Caucaia, 77.799 em Fortaleza, 6.354 em Itaitinga e 550 em Paracuru. Para buscar a população suscetível sem antecedente vacinal, Caucaia e Fortaleza realizaram a vacinação casa a casa em toda a área das unidades de saúde, iniciando pela rua e bairro onde que residiam os casos suspeitos ou confirmados de sarampo nos últimos 30 dias e em áreas com baixas coberturas vacinais. (Figura 5).

Figura 5. Cobertura Vacinal de Dupla Viral na intensificação vacinal nos municípios de Fortaleza, Caucaia e Paracuru, 2015*.



Fonte: SMS/SESA. Resultados sujeitos à revisão. Atualizada em 17/09/2015

Desde março, quando se iniciou a intensificação da vacinação contra o sarampo, o município de Caucaia recebeu o apoio técnico e logístico da Secretaria de Saúde do Estado (SESA), do Ministério da Saúde (MS) e a Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)

e de 8 de junho a 4 de julho de 2015 contou com o apoio de 64 vacinadores da SESA, realizando a vacinação casa a casa nos bairros onde se confirmaram casos de sarampo ou houve casos suspeitos. Em 24 dias de atividades foram visitados quatro distritos de saúde (I, II, VI e V), 15 bairros, 367 ruas e 21.434 casas, com 36.231 pessoas entrevistadas, das quais 14.173 estavam vacinadas, tendo sido vacinadas 11.378 pessoas de seis meses a 49 anos de idade. Considerando a existência de pessoas suscetíveis, a SESA, com o apoio do MS e OPAS/OMS realizou um segundo momento da atividade de varredura, com ação de 71 vacinadores, no período de 27 de julho a 22 de agosto a fim de interromper a transmissão do vírus do sarampo nos municípios de Caucaia e Fortaleza.

2.3. Apoio dos municípios do Estado do Ceará

Para o desenvolvimento das ações de vacinação frente ao surto de sarampo os municípios empreenderam esforços para a capacitação de recursos humanos, mobilização e sensibilização de profissionais de saúde, contratação de equipes para fortalecer a força de trabalho já existente, pagamento de horas extras para a manutenção de equipes de vacinadores e supervisores em escala de finais de semana, feriados e períodos estendidos e ampliaram sua logística para atender às demandas das áreas de vigilância epidemiológica, laboratório e imunizações.

2.4. Apoio do Ministério da Saúde e OPAS/OMS à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Para a execução das estratégias de vacinação frente ao surto de sarampo no Ceará, o MS distribuiu para o Estado do Ceará 5.150.419 doses de vacina com componente sarampo (dupla viral, tríplice viral e tetra viral).

O MS apoiou o Ceará e seus municípios na realização das ações de prevenção e controle do surto do sarampo, com o envio de recursos financeiros no montante de R\$ 2.284.486,69. As ações também foram apoiadas e pela OPAS/OMS, que disponibilizou para o estado R\$ 1.266.000,00.

Durante todo o surto, houve apoio técnico ao Estado com a presença contínua de técnicos para apoiar as ações de vigilância e imunizações.

2.5 Considerações Finais

A articulação entre as secretarias municipais de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde do Ceará e o Ministério da Saúde, com importante apoio da Organização Panamericana da Saúde PAS/OMS foi fundamental para o planejamento e a execução das ações necessárias para enfrentar o surto de sarampo no Estado do Ceará. Diante da situação epidemiológica do Estado do Ceará no presente momento, pode-se concluir que a transmissão do vírus do sarampo foi interrompida.

Ademar Arthur Chioro dos Reis
Ministro da Saúde

Camilo Sobreira de Santana
Governador do Estado do Ceará

Antonio Carlos Figueiredo Nardi
Secretário de Vigilância em Saúde

Henrique Jorge Javi de Sousa
Secretário de Estado da Saúde

Assinatura da Portaria que institui o termo de parceria entre o Ministério da Saúde, Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UNB e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS com o objetivo de apoiar o Projeto de Recuperação do acervo Gilson Carvalho.

O Ministro da Saúde, Arthur Chioro, assinou o documento citado acima e fez referência à importância deste registro na Reunião Ordinária da CIT e que este projeto é o resgate da grande contribuição do médico sanitário Gilson Carvalho, que sempre lutou pela saúde como um direito do cidadão. O acervo dispõe de um rico material de pesquisa para a área da saúde pública e para o Sistema Único de Saúde – SUS e, ficará centralizado em Brasília, sob

gestão da UNB.

1. Abertura dos Trabalhos:

a) Programa Mais Médicos – SGTES/MS.

MS: Apresentou a situação atual e a Agenda para o Provimento Emergencial e a Formação (Graduação e Residência), além de uma avaliação dos primeiros dois anos de Programa Mais Médicos.

Em relação ao Provimento Emergencial os dados são: 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 Distritos Indígenas, 72,8% dos municípios brasileiros atendidos e, portanto, 63 milhões de brasileiros beneficiados.

Informou que a proporção de médicos do Mais Médicos por mil habitantes em Municípios com 20% da população em situação de extrema pobreza, equivale ao dobro da proporção nas demais regiões e quase cinco vezes a das capitais.

Hoje 28,9% dos médicos do Programa têm registro no Brasil, 8,4% Intercambistas individuais e 62,6 Intercambistas da Cooperação Internacional.

O Programa já demonstra resultados importantes na expansão da Cobertura de Atenção Básica e Saúde da Família, na ampliação do acesso, da oferta de ações de saúde e do escopo de práticas e na melhoria da saúde da população.

Em pesquisa da Rede Observatório do Programa Mais Médicos sobre o número de consultas médicas identificou-se que este número cresceu 29% na Estratégia de Saúde da Família, 33% nos municípios participantes e 15% nos municípios sem Mais Médicos.

Os municípios com médico do Mais Médicos apresentaram uma redução das internações sensíveis à atenção básica na ordem de 4% a mais que os municípios que não participam do Programa (dez/2013 a dez/2014). E nos municípios com cobertura do Mais Médicos maior que 36% da população, a redução no mesmo período chegou a 8,9%. Projetando essa redução para o ano de 2015, isso representaria 91 mil pacientes que não precisariam ser internados em todo o país, liberando os leitos para os que mais necessitam.

Em Pesquisa de opinião feita pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (IPESPE/UFMG): para 85% da população, melhorou a qualidade do atendimento; para 87%, o médico é mais atencioso; para 82%, melhorou a resolução dos seus problemas na consulta. 55% da população deram a nota máxima (10).

Afirmou que o Brasil sairá de 374 mil para 600 mil médicos até 2026. Atingindo a meta de 2,7 médicos por mil habitantes, 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil novas vagas de residência para formação de especialistas e interiorização da formação até 2017.

Em relação ao Eixo Formação para o SUS na questão de Mudanças na Graduação afirmou que a meta é chegar na proporção de 1,34 vagas por 10 mil habitantes no Brasil e em cada estado da federação. Foi apresentada a Agenda prevista para os próximos meses: no segundo semestre de 2015 a celebração dos COAPES e resultados dos Editais de Municípios e Instituições de Ensino Superior privadas; no primeiro semestre de 2016, a avaliação de todas as Escolas de Medicina com o novo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), que já afere as novas Diretrizes Curriculares Nacionais; e no segundo semestre de 2016, a implantação da avaliação de Progresso, prevista na lei 12.871, para todos os estudantes do 2º, 4º e 6º ano.

A avaliação da mudança na Residência Médica mostra um aumento de 552% na oferta de bolsas de residência médica pelo Ministério da Saúde, desde o ano de 2010.

A Lei nº 12.871/13 determinou que, até 2018, as únicas residências de acesso direto serão (Medicina de Família e Comunidade, Genética, Medicina do Trabalho, Medicina do Tráfego, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Patologia e Radioterapia). Para as demais especialidades será necessário cursar 1 ano ou 2 anos de Residência em Medicina Geral da Família e Comunidade.

O Programa Mais Médicos Residência tem como objetivos: universalizar a residência, garantindo uma vaga de acesso direto para cada egresso de medicina; promover a qualificação e o custeio da preceptoría para MFC; qualificar a estrutura das unidades de saúde responsáveis pela formação e prover médicos para o SUS nas especialidades e regiões prioritárias.

Foram realizadas 23 Oficinas Estaduais com gestores das três esferas, Institutos de Ensino Superior (IES), profissionais dos serviços e docentes e, também com grande envolvimento de secretários e coordenadores de Atenção Básica, Educação Permanente em Saúde e Residências.

A expansão de vagas de Residências Médicas traz as seguintes vantagens para os gestores municipais: mais qualidade, possibilidade de fixação dos

quadros próprios e melhor custo-benefício; Bolsa de Residência paga pelo Governo Federal; financiamento da Equipe via Piso da Atenção Básica (PAB) (equipe adequadamente no CNES – Mais Médicos Residência); apoio à formação do Gestor da Residência e dos Preceptores; incentivos: qualificação da infraestrutura (Requalifica) e valorização no PMAQ e; intensificação da educação permanente nos serviços, com análise e organização do processo de trabalho e gestão da clínica (qualidade).

Alertou que já existem Projetos de Lei, na Câmara dos Deputados, que se propõem a fazer as seguintes alterações na Lei nº 12.871/13: 1) mudar a lógica de que é o Estado ou o SUS quem define as localidades para a abertura dos cursos de Medicina e 2) instituir a obrigatoriedade de fazer 1 ou 2 anos de residência em Medicina de Família e Comunidade se quiser fazer uma residência. Essas mudanças mudariam questões essenciais da Lei do Mais Médicos e fragilizariam justamente sua dimensão mais estruturante naquilo que é importante para: o estado ordenar a formação de recursos humanos em saúde; prover e garantir à atenção básica profissionais formados e com qualificação para atuar nesse nível de atenção.

O Plano Nacional de Formação de Preceptores possui como meta estabelecer Preceptores no número adequado (1 para cada 3 residentes) em Medicina de Família e Comunidade em todo país; formar os profissionais que hoje atuam como preceptor e também estimular que o médico que fará residência já seja qualificado para preceptoria e docência; os preceptores em formação deverão atuar também com os graduandos; de 2012-15 já foram formados ou estão concluindo 4.250 preceptores e; a meta é formar mais 10 mil até 2018 chegando em 14,2 mil preceptores.

O Conasems reforçou a proposta e solicitou que alguns municípios que têm modos próprios de incentivar os seus preceptores possam ter uma estratégia específica que não seja o pagamento de bolsa direto pelo Ministério da Saúde. Uma alternativa apontada foi o repasse fundo a fundo. Após um diálogo sobre o tema, que teve concordância da representação do Ministério da Saúde, foi encomendada esta discussão ao GT GTES para a consolidação de uma Minuta de Portaria com esse objetivo.

Foi explicado e debatido também a especialização em preceptoria oferecida aos residentes de Medicina Geral de Família e Comunidade que ingressarem de 2016 a 2018 a fim de cumprir as metas do Plano Nacional. Cada residente ao se ingressar no Curso de Formação de Preceptor receberá uma Bolsa-Formação de R\$ 2.500,00.

A ocupação das vagas de Residência tem se mantido próxima de 25%, foram apresentadas diversas medidas para elevar paulatinamente essa ocupação

até próximo de 100% em 2018. Já. Uma delas, já implementada, é a Resolução CNRM 02/2015 que dá pontuação adicional de 10% para os residentes. Para o ano de 2016 terá ainda o incentivo à Formação em Preceptoría e o edital de segunda chamada para as Residências em Medicina Geral da Família e Comunidade – depois de chamada do Edital do Mais Médicos.

A agenda, portanto, é a seguinte: prazo final, em 30/09, para inscrição dos Programas no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM); prazo final, em 04/10, para solicitação de bolsas no SIGResidencias; de Outubro a Dezembro será realizada avaliação da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM); em Janeiro e Fevereiro serão realizados processos seletivos das residências e em Março terá início o R1 e os cursos de formação de preceptores.

Foi apresentado mais uma vez o Cadastro Nacional de Especialistas que tem como objetivo subsidiar o Governo Federal e o Sistema Único de Saúde na parametrização das ações de saúde pública, visando garantir o acesso ao atendimento médico em todo o território nacional, através do dimensionamento do número, formação, especialização e área de atuação dos profissionais e sua distribuição no território nacional.

A agenda proposta: em Setembro foi publicada nova versão do Decreto, acordada com as entidades médicas e parlamentares. Em outubro será publicada Portaria com informações que deverão compor o Cadastro e serem repassadas pelas entidades médicas e Comissão nacional de Residência Médica ao Ministério da Saúde. No mesmo mês será lançada uma versão de teste do Cadastro Nacional de Especialistas; e em Novembro será instituída a versão definitiva.

Reafirmou que a Lei nº 12871 em seu “Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996” o que impõe a necessidade de revalidação do diploma após três anos de atuação no Programa caso haja o interesse de participar por mais três.

Informou que os 601 médicos do 1º ciclo podem permanecer até 27/08/2016. Enquanto os médicos do 2º ciclo tem permanência conforme duas etapas: 2.081 até 06/10/2016 e 2.740 até 05/01/2017.

Por isto estão previstos Editais em 2015 e 2016 – nos meses de Outubro, Janeiro, Abril, Julho e Outubro – e um “Super Edital” - com vagas apazadas para

Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro e Outubro. Para os intercambistas revalidados será dada a opção de continuar, desde que haja anuência do gestor municipal (como ocorreu na transferência do PROVAB para o Mais Médicos) e eles necessitarão de prorrogação do visto.

Caso este “Super Edital” não consiga preencher todas as vagas autorizadas, poderão ser remanejados médicos da cooperação para áreas com maior dificuldade e liberadas suas vagas em municípios com maior atratividade e potencial de preenchimento de médicos brasileiros no Edital subsequente.

Conass: Parabenizou o MS e cobrou o aperfeiçoamento da participação das Secretarias Estaduais no Programa Mais Médicos, por meio de uma maior articulação da SGTES e seus apoiadores com as SES e garantindo mais espaço para as SES na discussão da implantação das Residências Médicas.

Conasems: Parabenizou o MS e afirmou que a proposta do “Super Edital” atende as expectativas e resolve algumas angústias dos gestores. Corroborou com a solicitação do Conass de maior participação dos Estados e municípios. Concordou em discutir no GT Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GTES) da CIT, a Minuta de Portaria que acolha outras lógicas de Preceptorial que os Municípios já possuem. E por fim, convidou o Secretário da Secretaria de gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) Heider Pinto para o CONARES

Encaminhamentos:

- Discutir no GT Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GTES) da CIT, uma Minuta de Portaria que acolha uma alternativa Fundo a Fundo de custeio da preceptorial para municípios que já tenham mecanismos próprios de incentivar os seus Preceptores.
- Alteração nas Normativas, incluindo a Portaria Interministerial que estabelece os espaços de governança do Programa Mais Médicos garantindo a participação do CONASS e CONASEMS e criando uma Comissão junto ao MEC no qual sejam geridas as ações do Eixo da Formação para o SUS (Graduação e Residência) do Programa Mais Médicos. Na Comissão responsável por gerir este Eixo seriam debatidos temas como a implantação do COAPES, da Residência Médica, as ações de integração ensino serviços necessárias para o adequado funcionamento e qualidade dos Cursos de Medicina e Residência.

2. Apresentações e Discussões:

a) Proposta de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2016 –	MS: Antes de exibir a proposta de Lei Orçamentária Anual (PLOA) 2016, a Secretária
---	---

SE/MS.

Executiva do MS, comunicou sobre o Proadi – SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde), que foi encerrada a discussão e será publicada a lista dos projetos desse triênio (2015 – 2017); analisados e referendados pelo Conselho Gestor do Proadi.

Referente à Proposta Orçamentaria para 2016 e ao documento entregue pelo Conasems: Manifesto em Defesa do SUS, explicou que dialogará no sentido de apontar as dificuldades e encontrar as soluções, durante o processo de debate da PLOA no Congresso.

Explicou que em virtude de este ano ser aplicado a PEC 86, que diz respeito ao percentual de 13,2% em cima da Receita Corrente Líquida (RCL), foi feito também uma estimativa de evolução dessa receita, da aplicação dos percentuais e o comportamento desse crescimento em relação ao que seria se aplicado o cálculo da EC 29.

Destacou a negociação com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) para a possibilidade desse ano, pela primeira vez, serem executadas as Emendas Impositivas por fora do piso, ou seja, além do valor orçamentário estimado para 2016 e a previsão de aplicação mínima pela Emenda 86. Todavia, como a RCL de 2016 não é robusta, inclusive pelo cenário econômico que o país está vivendo e a aplicação do percentual perfaz um total de 90 bilhões, significaria manter a PLOA no mesmo patamar de 2015. Neste sentido, houve um acordo que a forma de recompor esse orçamento seria pelas Emendas Impositivas, o que deriva um montante de 104 bilhões, isto é, quase um bilhão acima do que seria aplicado pela EC 29 em 2015.

Essa foi a Proposta de LOA encaminhada ao Congresso, em 31 de Agosto e também expressa

no Conselho Nacional de Saúde (CNS), porém, com a revisão enviada em seguida, não foi possível manter o acordo acrescentando o valor das emendas individuais, visto a redução de R\$ 3,8 bilhões em gastos com a Saúde.

Exibiu a evolução da execução dos recursos federais da saúde, de 2002 a 2016, a partir da previsão de aplicação mínima pela EC 29 em 2015 e pela EC 86 em 2016, acrescentado o valor das emendas individuais, cuja análise constata que não houve retração dos investimentos do governo federal com a saúde, sempre uma curva de crescimento.

Frisou a importância dos Conselhos (Conass, Conasems) e das equipes de assessorias se apropriarem de que é mais seguro trabalhar com a RCL do que com o Produto Interno Bruto (PIB). A partir de 2017 o piso aumenta consideravelmente em relação ao que estava previsto com a aplicação do PIB. O que não quer dizer que esse recurso, mesmo em crescimento não são suficientes para os desafios postos pela gestão de um Sistema universal, integral e em um país continental.

Sobre o quadro geral do total para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), advertiu que a PLOA encaminhada, não é a LOA, há um longo caminho de debate e negociação a ser percorrido com o relator na Comissão de Orçamento e com os parlamentares no Congresso, afim de que a LOA reflita de fato, as reais necessidades do SUS.

Apontou a distribuição e o que está garantido de ASPS são 10 bilhões correspondentes aos Recursos Humanos e o restante, o que representa 85%, são transferências fundo a fundo para Estados e Municípios.

Relacionado ao total de não ASPS é relevante atentar que para 2016 o programa Farmácia

Popular do Brasil irá assegurar somente a gratuidade dos medicamentos ligados ao componente "Saúde não tem preço" para asma, hipertensão e diabetes.

O fato do recurso não está assegurado para 2016 está relacionado ao programa de copagamento pela União, que permitia os medicamentos com baixo custo na rede privada de farmácias e drogarias credenciadas no "Aqui tem Farmácia Popular". Aos municípios que possuem unidades próprias do Programa, os recursos para seu financiamento continuam garantidos pelo sistema de gratuidade.

Acentuou que por uma estratégia de gestão, a proposta é concentrar todo déficit do orçamento de 2016 no bloco de Média e Alta Complexidade. O déficit de R\$ 5 bilhões poderia ser distribuído para todas as ações de todos os programas, mas ficaria muito fragmentado e difícil para os entes federativos visualizarem o problema e a perspectiva de resolvê-lo no Congresso. A ideia foi de anualizar o teto MAC de Dezembro de 2015, haja vista que esta parcela foi onerada a partir dos pagamentos das habilitações que foram as prioridades pactuadas nas Bipartites e também de uma série de serviços. Ao anualizar, o limite encontrado para a PLOA 2016 foi de R\$ 37.391,12. O interesse em visualizar a concentração do déficit no teto MAC é plausível até no diálogo com os parlamentares, pelo grande peso do ponto de vista social e político, uma vez que isso sugere fechar Hospitais, Santas Casas, bem como a demissão de profissionais de saúde.

Afirmou que foi feita uma análise de estoque estratégico e está assegurado para 2016: desde medicamentos do componente especializado (Hepatites Virais, Aids), a Imunobiológicos, Sangue, até o aporte para cumprir as sentenças judiciais (exceto o ressarcimento das

sentenças compartilhadas a estados e municípios), isto é, não há justificativa para nenhum desabastecimento, devido a questão orçamentária.

A finalidade foi detalhar cada ação da Saúde, constitucionalmente obrigada a ser executada, tendo ou não disponibilidade financeira. Embora o recurso seja insuficiente, foi possível atender ao mínimo necessário para o ano seguinte.

Ainda detalhando a proposta orçamentária é primordial sinalizar a questão do saneamento básico. Para a esfera federal sempre foi classificado como ASPS, todavia, com o advento da regulamentação da EC 29, dada pela LC nº 141/12 esta ação é restrita a domicílios e pequenas localidades, como áreas indígenas, quilombolas e demais, o que impactou falta de recurso dentro do mínimo a ser aplicado para a saúde, enquadrando assim o Saneamento Básico e a Farmácia Popular como co-pagamento.

Para melhor compreensão da proposta orçamentária 2016, indicou a leitura do resumo sobre o Plano Plurianual (PPA) 2016 – 2019.

Em resposta ao estudo realizado pelo Conasems, acredita que o déficit na Atenção Básica (AB) está relacionado com a abertura de uma rubrica específica para o “Programa Mais Médicos”, o que antes estava na programação orçamentária do Programa Saúde na Família.

MS: O Ministro de Estado da Saúde agradeceu a competência da Sub Secretaria de Planejamento e Orçamento do MS e a eficiência das equipes das Secretarias. Alertou que o cenário atual exigirá dos gestores a capacidade de objetividade e transparência dessa pauta. Confirmou que a área sem lastro orçamentário para 2016 é a MAC e destacou os seguintes

problemas: considerado significativo do ponto de vista político, o Componente da assistência farmacêutica: “Aqui tem Farmácia Popular” representa uma redução de 578 milhões de reais. Comparando-se ao orçamento do MS, em tese, é de pequena relevância, todavia, até Julho de 2015, mais de 17 milhões de brasileiros acessaram os medicamentos por meio desse Programa. O problema não está na distribuição dos medicamentos de diabetes, hipertensão e asma, mas todos os outros medicamentos que são co financiados, isto é, impactarão a rede dos municípios e dos estados.

Outra dificuldade, talvez, a mais importante, está concentrada na área de MAC, por uma ausência de recursos para lastrear as ações e serviços que são de transferências condicionadas ao MS, para estados e municípios.

A proposta original, antes da revisão, estava sem lastro de R\$ 5 bilhões no teto MAC impactando no mês de dezembro e em parte do mês de novembro, com expectativa de recomposição a partir da discussão com o Congresso Nacional ou de ações complementares que o governo viesse a desenvolver.

Ressaltou que a falta desse recurso seria facilmente percebida no último mês do ano de 2016, desse modo, há tempo de construir alternativas para esse ano e 2016.

Na revisão, R\$ 3 bilhões das emendas impositivas que não estariam dentro das despesas obrigatórias, foram incluídas dentro do piso. Legalmente não há irregularidade, pois há o cumprimento da EC 86. Entretanto, na prática significa que já havia em aberto no orçamento, R\$ 5 bilhões no MAC.

Existe uma proposição do MS junto ao MPOG de recomposição de parte desses valores,

aproximadamente R\$ 3 a 4 bilhões, por meio da medida de reestruturação dos recursos do seguro DPVAT (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de via Terrestre). No entanto, é preciso uma ação coordenada do MS, Conass e Conasems na discussão com o relator do orçamento e com o Congresso Nacional. Para, além disso, fazer chegar também a governadores e prefeitos o atual cenário, afinal esta não é uma dificuldade apenas de Secretários de Saúde.

Concluiu dizendo que a luta para enfrentar o sub financiamento estrutural do SUS tem que continuar, haja vista, a ingerência da falta de 3 meses do orçamento MAC, inclusive de contratos e prestação de serviços feito por estados e municípios.

Conass: Felicitou e considera marcante, que pela primeira vez, foi feita a discussão detalhada da proposta orçamentaria na CIT e diante dos problemas a serem enfrentados, destacou a transparência dos fatos apresentados pelo MS. Sugeriu a imediata mobilização dos Conselhos, para uma audiência com o relator, presidência da Câmara e eventualmente trazer alguns governadores e prefeitos, a fim de tratar desse assunto de extrema relevância.

Pontuou a relevância desse processo e dessa negociação que está sendo feita no Supremo Tribunal Federal (STF) no que se refere à judicialização do Programa Mais Médicos e indicou a possibilidade de ingressar e apoiar uma ação declaratória de inconstitucionalidade.

Informou sobre a reunião histórica ocorrida na assembleia, com a presença de Conasems e inúmeros deputados envolvidos com a PEC 01/2015 (altera o Artigo 198 da CF), que definiu uma carta de apoio a essa Proposta, entregue ao Ministro de Estado da Saúde.

Enfatizou a preocupação ainda com o orçamento 2015 e questionou como será o pagamento

da MAC até o final desse ano sob o efeito da recessão e da RCL. Em relação ao orçamento de 2016 não resta dúvidas que o MAC é a maior apreensão, contudo, para além da identificação e recomposição do teto para suas necessidades, advertiu que o déficit é calculado sobre o que atualmente é executado de MAC. Sendo assim, se considerar todas as habilitações que não foram possíveis serem feitas este ano e todas as necessidades de serviços já existentes, esse déficit deve ser maior. O Conass fará um levantamento junto as Secretarias Estaduais de Saúde e conseqüentemente os municípios para conhecer o que isto representa, pois há recursos que não aparecem no comparativo entre uma execução e outra.

Refletiu também que a assistência farmacêutica será uma área muito afetada, tendo em vista a variação cambial do dólar e a crise econômica, tanto da assistência farmacêutica básica, quanto da especializada.

Recomendou refazer a carta de apoio à PEC 01/2015, incluindo essa pauta e dedicando-as também aos governadores, prefeitos e todos os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde.

O Secretário do GDF disponibilizou-se, enquanto gestor do Senado há 18 anos, Consultor do Orçamento e Secretário de Planejamento e Fazenda do Distrito Federal a colaborar na discussão do Orçamento 2016 no Congresso Nacional.

Conasems: Reiterou as colocações apresentadas e acrescentou que orçamento discutido não garante nem o que está posto, nem contempla ampliações. A orientação dada aos Secretários Municipais de Saúde é de não abrir serviços novos, pois não há garantia de financiamento, sem contar com a pressão do Ministério Público para conclusão e funcionamento de obras das Unidades de Saúde em construção ou em finalização, o que traz

	<p>uma aparente noção de desconhecimento da Lei de Responsabilidade Fiscal e de orçamento público.</p> <p>Afirmou que sendo os Secretários Municipais de Saúde ordenadores legais de despesas, a possibilidade de déficit de R\$ 5,8 bilhões para 2015 e R\$ 16 bilhões para 2016 é muito preocupante. Logo, pondera que a CIT não caberá pactuar políticas novas, uma vez que não existe financiamento e não cabe dentro do orçamento, o intuito é manter as ações e serviços já executados.</p> <p>Acredita na mobilização e sensibilização junto aos prefeitos e governadores e principalmente debater com a sociedade civil o que esperam para ações e serviços de saúde.</p> <p>Disponibilizou-se também a debater a questão orçamentária junto a SPO/MS.</p> <p>Encaminhamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refazer a carta conjunta de apoio e encaminhar aos governadores, prefeitos e todos os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde. - Providenciar audiência com relator geral do orçamento, com a participação de Conass, Conasems, governadores e prefeitos, a fim de tratar desse assunto de extrema relevância.
<p>3. Discussões e Pactuações:</p>	
<p>a) Minuta de Portaria que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde, e o credenciamento de prestadores</p>	<p>MS/DRAC: Fez breves considerações acerca das discussões ocorridas no GT de Gestão, considerando que a referida pactuação visa, também, atender demanda do Tribunal de Contas da União - TCU para regulamentação do serviço de credenciamento no SUS, tendo em vista que nas auditorias do próprio TCU tem sido evidente a situação de muitos municípios e</p>

<p>de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) – SAS/MS.</p>	<p>Estados que utilizam dessa prerrogativa sem a devida regulamentação. A proposta foi incluir, numa mesma portaria, a participação complementar, revogando a Portaria 1.034/2010 GM/MS, e o credenciamento de prestadores de serviços no âmbito do SUS. No mais, tal pactuação subsidiará ações para retirada da saúde do escopo da Lei 13019, que estabelece as parcerias voluntárias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, que entrará em vigor a partir de janeiro de 2016.</p> <p>Conasems: solicitou ao MS, em sua assembleia, a retirada do Art.15 do referido documento.</p> <p>Conass: Reforçou que apesar de ter concordado com a retirada do art. 15, entende que a lógica permanece a mesma. E por isso, solicitou registro no sentido de que o fato de concordar com a exclusão do artigo não significa que o texto retirado esteja fora do contexto da pactuação.</p> <p>Encaminhamento: Pactuada.</p>
<p>b) Minuta de Portaria que aprova a revisão de normas do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) – SAS/MS.</p>	<p>SAS/MS: Lembrou que os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO fazem parte do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ desde o 2º ciclo. Afirmou que as regras para adesão dos CEO são as mesmas das equipes da Atenção Básica, diferindo apenas por tratar-se de outra ação orçamentária. Pontuou ser importante a pactuação da minuta para que a adesão ao Programa, das equipes da AB e dos CEO ocorra no mês de Outubro.</p> <p>Conasems: Solicitou que o inciso II do paragrafo 1º, do Art. 9º seja retirado, pois menciona disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde, manifestou preocupação por entender que o repasse do recurso pode não ocorrer.</p>

	<p>SAS/MS: Esclareceu que o inciso mencionado refere-se ao orçamento global a ser destinado ao PMAQ, e que não haverá risco de equipes não receberem o recurso.</p> <p>Conass: Sugeriu rever o Art. 9º, pois da forma como está redigido permite a interpretação de que o valor a ser repassado irá variar de acordo com a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde, quando na realidade a variação será do volume orçamentário a ser alocado no Programa.</p> <p>Encaminhamento: Aperfeiçoar o Art. 9º e submeter à apreciação de CONASS e Conasems.</p>
<p>4. Informes:</p>	
<p>a) Situação da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014/abertura do Sispacto para o registro do processo de pactuação 2015 – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Informou que a situação da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores atual é: 7 Estados ainda não iniciaram e 90% dos municípios estão em alguma fase da pactuação, sendo que o detalhamento pode ser visto no informe que foi entregue as bancadas de Conass e Conasems. No âmbito regional, 54% das regiões de saúde encontra-se em alguma fase de pactuação dos seus indicadores.</p>
<p>b) Situação da alimentação do Relatório de Gestão anos 2013 - 2014 e informações sobre Plano e Programação Anual de Saúde – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Referente aos Relatórios de Gestão, ano 2014, afirmou que ainda existem 4 Estados com pendência e 80% municípios enviaram as informações aos Conselhos Municipais, via Sargsus.</p> <p>No que diz respeito aos Planos Municipais de Saúde vigentes, 84% dos municípios informaram possuir. Sobre a Programação Anual de Saúde 2015, 42% apresentaram a Programação, um índice bastante baixo. Nesse sentido, esses números traduzem a preocupação não apenas com os Órgãos de Controle, mas com a Programação e o</p>

	<p>Planejamento em âmbito territorial, pertinente ao desenvolvimento da atenção à saúde da população.</p> <p>Ressaltou que a ata com os novos projetos do PROADI para o próximo triênio foi assinada pelo Comitê Gestor.</p> <p>DESTAQUE:</p> <p>A relação dos municípios que ainda não atualizaram o Sargsus quanto ao envio de seus Relatórios de Gestão 2013/2014 aos Conselhos Municipais de Saúde encontra-se no endereço: www.saude.gov.br/sargsus;</p> <p>A lista dos municípios que não possuem Plano de Saúde vigente ou não atualizaram o Sargsus encontra-se em www.saude.gov.br/sargsus;</p> <p>A lista dos municípios que não possuem Programação Anual de Saúde 2015 ou não atualizaram o Sargsus encontra-se publicada em www.saude.gov.br/sargsus.</p>
--	---

DESTAQUE:

O Ministro de Estado da Saúde discorreu sobre três pontos a título de prestação de conta:

1º) Audiência com o presidente do Supremo Tribunal Federal – STF: Informou acerca da audiência com o presidente do Supremo Tribunal Federal - STF, Dr. Ricardo Lewandowski, que também teve a presença de representante da Consultoria Jurídica e o Secretário de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS, na qual foram discutidas as ações de inconstitucionalidades do Mais Médicos que já estão em fase de serem apresentadas no plenário, com destaque os impactos a serem gerados para os municípios.

Acrescentou que houve ainda a discussão no tocante à judicialização e seu impacto sobre as 3 esferas de governo, bem como no Sistema de Saúde Suplementar. Disse ter afirmado a não defesa da negativa de acesso das pessoas em acionarem a justiça, sendo este um direito líquido e certo. Entende

que tendo o usuário direito a um leito de UTI, a um medicamento que faça parte da lista de medicamentos de responsabilidade do município, Estado e união, a esfera de governo tem de cumprir.

Afirmou ter apresentado um conjunto de distorções, e que faz necessário um esclarecimento de posicionamentos das primeiras instancias de julgamento. Como encaminhamento da referida audiência, acordou-se que a Advocacia Geral da União - AGU, provocada pelo MS, irá propor uma Ação Declaratória Constitucional, com a finalidade de deixar claro não só ao STF, mas ao próprio Conselho Nacional de Justiça, quais são as responsabilidades, limites e abrangências da judicialização.

Entende ser muito importante que governos e entidades possam somar a esta ação declaratória, explicitando que este tema não é apenas de interesse do MS, do governo federal representado pelo AGU, mas que Estados e municípios são parte e precisam ter clareza das circunstâncias e momentos em que cabe ou não ação judicial no campo da saúde. Citou como exemplo os medicamentos que estão em fase experimental, sem registro na Anvisa e que não tem aprovação na CONITEC, assim como procedimentos que são de responsabilidade da união mas que municípios e Estados recebem notificação. Enfim, indefinição de competências ou o não cumprimento de competências e larga ação para as três esferas de governo.

Concluiu que a assessoria jurídica do MS está finalizando a propositura para a AGU e que o Ministro Luiz Inácio Adams já está ciente da importância do processo. Solicitou que assim que a AGU entrar com a ação declaratória, não apenas Conass e Conasems, mas os governos estaduais e as prefeituras entrassem como parte para ressaltar a importância em se ter clareza desta questão.

2º) Pagamento das pendências afetas às obras do PAC: informou que todos os procedimentos para pagamento das pendências que envolvem obras do PAC, UPAS e UBS, previsto para o dia 31 de julho, foram efetivados e serão pagas até o dia 30 deste mês, o que corresponde ao montante de 320 milhões de reais. Disse também que de acordo com o planejamento orçamentário financeiro, o pagamento de agosto será feito no mês de outubro, regularizando assim todo o cronograma de pagamento. Finalizou reiterando que o acúmulo se deu em virtude da indefinição do orçamento ocorrido no 1º semestre deste ano.

3º) Prioridades estabelecidas na CIT: Comunicou acerca do pagamento das prioridades estabelecidas na CIT, informando a lista de portarias já publicadas e das demais que se encontram em fase de conclusão pelo DRAC, com publicação prevista para os próximos dias. Afirmou que parte das prioridades será

paga no dia 30 de setembro/2015 e as demais até o dia 10 de outubro/2015, de modo que até o próximo dia 10 todas as prioridades estarão pagas, cumprindo assim o compromisso assumido pelo MS.

VERSÃO PRELIMINAR